

超高磁場 MRI 装置検査申込伝票

課題 No _____
 MR No _____

被検者番号.....

氏名.....

生年月日.....

病棟.....

診療科..... 申込日.....

検査日：平成 年 月 日		AM	PM
依頼医師			
検査項目	承諾書	有	無
fMRI	説明書	有	無
MRS	チェックリスト表	有	無
Diffusion	造影剤副作用	有	無
Perfusion	妊娠	有	無
MRA	感染症	有	無
T1WI	()		
T2WI	体内金属	有	無
PDWI	()		
その他			
賦活 task	体重 (Kg)		
	造影剤使用予定	有	無

漢字名	
被検者住所	

スキャン数		造影剤使用(有 無)	フィルム枚数
1	4	() cc	半切 枚
2	5		
3	6		

前回の検査 (有 無)

3.0T MRI	年 月 日 No	年 月 日 No
MRI	年 月 日 No	年 月 日 No
核医学	年 月 日 No	年 月 日 No
CT	年 月 日 No	年 月 日 No

臨床診断

検査目的

